

NUEVAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIONES DE EXCLUSIÓN SOCIAL

NEW INTERVENTION STRATEGIES IN RESIDENTIAL CENTERS FOR THE ELDERLY IN SITUATIONS OF SOCIAL EXCLUSION

Raúl Álvarez Pérez¹

RESUMEN

En Andalucía (España), existen centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia y para quienes provienen de situaciones de exclusión social (drogodependencias, maltrato, sin techo, trastornos mentales). El programa formativo que la Dirección General de personas mayores de la Junta de Andalucía ofrece a los profesionales del segundo tipo de centros públicos, considera estrategias de intervención utilizadas en exclusión social con un alto potencial de aplicación, las cuales favorecen un mayor ajuste entre los nuevos perfiles de personas mayores en residencias y las intervenciones por promover.

La formación se desarrolla con base en el “juego de conceptos”, metodología que identifica situaciones-problemas, perfiles asociados, retos de intervención y conceptos claves por implementar. La evaluación de esta iniciativa formativa evidencia la necesidad de establecer programas permanentes que ayuden a comprender y abordar con mayor certeza problemáticas sociales altamente complejas en contextos “sanitarizados” (residencias para personas mayores).

PALABRAS CLAVE: exclusión social, incorporación social, incorporación a mínimos, reducción del daño, acompañamiento

ABSTRACT

In Andalusia (Spain), there are residential centers for elderly people in situations of dependency and for those who come from situations of social exclusion (drug addiction, mistreatment, homelessness, mental disorders). The training program that the General Directorate of the elderly of the Junta de Andalucía offers to professionals of the second type of public centers, contemplates intervention strategies used in social exclusion with a high potential for application. These favor a greater adjustment between the new profiles of elderly people in residences and the interventions to be promoted. The training is developed based on the "Game of Concepts". This methodology identifies situations-problems, associated profiles, intervention challenges and key concepts to be implemented. The evaluation of this training initiative highlights the need to establish permanent training programs that help to understand and deal with more highly complex social problems in "sanitized" contexts (residences for the elderly).

KEY WORDS: social exclusion, social incorporation, incorporation to minimums, harm reduction, accompaniment

¹ Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olavide. España. E-mail: ralvper@upo.es



Introducción

En el ámbito residencial público, el sistema de atención a las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Andalucía (España) sufre cambios relevantes a partir de la entrada en vigor de la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

En cuanto a los centros residenciales, se establece dos tipos: uno para personas mayores dependientes (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], núm. 224) y otro para personas mayores en situaciones de exclusión social (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA], núm. 39). El aumento en número y en complejidad de los perfiles de mayores en situaciones de exclusión social ha hecho que los profesionales que desarrollan su labor en las residencias públicas demanden a la Dirección General de Personas Mayores la implementación de planes de formación que les permitan desarrollar nuevas estrategias de intervención acordes con esta realidad cambiante, las cuales deben ser congruentes con las problemáticas específicas que estos perfiles presentan (drogodependencias, personas sin hogar, maltrato, síndrome de Diógenes, enfermedad mental).

Respecto de tales problemáticas y el cómo intervenir, han sido abordadas desde hace tiempo con acierto desde programas y recursos propios del ámbito de la exclusión social (centros de emergencia, programas de educación de calle para drogodependientes y otros colectivos, programas de reducción del daño, etc.); sin embargo, los centros residenciales las desconocen, motivo por el que predominan sobre todo las visiones-valoraciones e intervenciones sanitarias. En relación con lo anterior, en el presente, la intervención persigue la idea de que todos/as son personas mayores que por circunstancias diversas requieren de la atención especializada propia de los centros residenciales para mayores, sin tener demasiado en cuenta las “claves particulares” de

cada problemática específica, lo cual implica que debe ser analizada, comprendida y abordada desde estrategias personalizadas, en aras de favorecer y mejorar la incorporación y convivencia de todos/as los/as residentes.

Considerando lo mencionado, en este trabajo se ofrece información relevante sobre otras estrategias posibles de intervención que, siendo novedosas en el ámbito residencial, no lo son en el ámbito de la exclusión social; por tanto, esta propuesta plantea el establecimiento de –puentes comunicativos- entre ambos ámbitos para que lo aplicado con éxito en uno pueda ser trasvasado y aprovechado en el otro.

Tal como se muestra en el cuadro 1, existen conceptos, procesos e instrumentos que merecen ser considerados, debido a su utilidad respecto del trabajo con el colectivo y en el contexto indicado, y que no forman parte habitual de las intervenciones realizadas en las residencias de personas mayores, ya que tradicionalmente el perfil mayoritario de persona adulta mayor que ha ingresado en residencias es abordado desde el punto de vista sociorelacional “normalizado”: un ejemplo de ello son los programas de mínimos, los cuales descartan inicialmente los objetivos y metas de máximos para establecer una secuencia de objetivos mínimos, desde los que aceptan la posibilidad de que nunca se alcancen los máximos deseables.

Cuadro 1. Conceptos, procesos e instrumentos claves en el ámbito de la exclusión social

CONCEPTOS	PROCESOS	INSTRUMENTOS
Incorporación social	Acompañamiento	Itinerarios personalizados de Incorporación
Incorporación a mínimos	La figura del acompañante	
Reducción del daño		

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Al igual que los mencionados, los programas de reducción del daño y riesgos que intentan minimizar y/o evitar riesgos y daños asociados a una determinada conducta y/o práctica no saludable han contribuido a la incorporación social de estos colectivos en muchas ocasiones (Funes, 1991), concepto que suplantó al de integración social, ya que este último se relaciona con un “ideal social” que no se corresponde a la realidad social de muchas personas mayores excluidas, mientras que la incorporación es el estado de la persona, definido por la cantidad y calidad de su participación en el entorno; por ende, las acciones para estimular y facilitar la incorporación de la persona tienen que ver con proporcionarle lo imprescindible para ser miembro de una comunidad y posibilitar su aporte en el contexto de la vida colectiva (Funes, 1996).

Partiendo de lo anterior, se considera que para que una persona en situación de exclusión social logre incorporarse, debe contar con lo siguiente: tener condiciones de vida mínimas, así como recursos económicos que posibiliten ser ciudadano/a consumidor; hacer algo reconocido socialmente, participar en espacios culturales, de ocio y tener un lugar en el mundo.

Conseguir un estado de “incorporación” para dicho grupo, y los profesionales que con este trabaja, no es tarea fácil: en el primer caso, cuando ingresan a un centro residencial hay que tener en cuenta que eran personas adultas que ya vivían excluidas, con un envejecimiento progresivo, cuya situación social se deteriora aún más, con una historia de vida y problemática particulares a cuestas, por lo que el centro residencial aparece como la única alternativa posible. Comenzar a trabajar con estas personas mayores supone iniciar aceptando que, antes de perseguir una plena incorporación de la vida en el centro, es necesario plantearse una incorporación a mínimos a través de la implementación del instrumento “Itinerarios personalizados de incorporación” (a veces, desgraciadamente, la única alcanzable), en el que los programas de mínimos y de

reducción del daño son herramientas habituales de trabajo para “caminar a la normalidad”.

Cuadro 2. Itinerarios personalizados de incorporación

<u>PRINCIPIOS RECTORES</u>
✓ P. de individualización
✓ P. de progresividad
✓ P. de operacionalización
✓ P. de Participación activa
✓ Evaluación

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Cuadro 3. Estructura itinerario personalizado

<u>COMPONENTES DEL ITINERARIO DE INTEGRACIÓN</u>
1. Resumen diagnóstico
2. Objetivo último ideal
3. Objetivos y Jerarquización de metas
4. Método a seguir
5. Recursos de apoyo
6. Temporalización de las acciones
7. Proceso de evaluación
8. Compromiso de colaboración

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Si se pretende que estos itinerarios personalizados sean viables, su elaboración tendrá que tener en cuenta a la persona mayor y tener en cuenta también los principios rectores indicados en el cuadro 2, además de que su estructura deberá ajustarse a lo indicado en el cuadro 3, sin dejar de lado que es la única vía para realizar un verdadero

trabajo de incorporación, cuyo rasgo o característica central sea la de desarrollar un proceso en clave de acompañamiento de quien funja acompañante (Funes, 2001).

Los conceptos de acompañante y acompañamiento indicados en el cuadro 1 involucran la idea de “ir al lado de”, basados en encuentros (Valverde, 2002), en momentos de discusión y negociación de objetivos y estrategias, en intervenciones educativas entre el/la profesional y la persona mayor: se trata de modelos de intervención personalizados en los que el trabajo se desarrolla en clave de proceso, negociación, acompañamiento y tutorización en el recorrido.

Los objetivos fundamentales que se pretenden alcancen los/as profesionales de los centros residenciales son, por una parte, promover la adquisición de hábitos saludables entre los mayores que ingresan en los centros (de los que carecen) con los que mejoren sus niveles de salud y calidad de vida y, por otra, desarrollar un conjunto de estrategias y técnicas de atención e intervención que favorezcan el incorporarse socialmente a la vida del centro.

Desarrollo

El plan de formación profesional objeto de este texto se concreta en la práctica en tres días de formación intensiva, durante los que se aborda contenidos relacionados con el propio concepto de exclusión social, el procedimiento de ingreso de personas mayores en situación de exclusión social en centros residenciales, protocolos y planes de atención integral, perfil y características de las personas en exclusión social y estrategias de atención e intervención.

La metodología de trabajo empleada genera que, en un 70% del tiempo de formación, sean los/as propios/as profesionales quienes “construyen el conocimiento”, y los contenidos abordados guardan relación con lo indicado en los cuadros 1, 2, 3 y 4 (el

cuadro 4 refleja contenidos complementarios necesarios de abordar en la formación, sugeridos por profesionales y directores/as de centros residenciales).

Cuadro 4. Contenidos complementarios

ANÁLISIS DE SITUACIONES Y HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	
1)	Síndrome de <i>burnt out</i>
2)	Medidas para prevenir y afrontar el síndrome
3)	Dificultades de comunicación y comprensión
4)	Afrontamiento de la cólera
5)	Motivación
6)	Resolución de conflictos

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

En cuanto al porqué de la metodología, se debe a que el conocimiento se construye de abajo hacia arriba y a partir de las necesidades expresadas por el colectivo de profesionales, mientras que el juego de conceptos permite visualizar de manera gráfica los puentes entre patologías y conceptos e intervenciones novedosas, además de que quienes participan viven la formación como un proceso de cambio gradual, de la “visión sanitaria” a la “visión sociosanitaria” y de que se facilita instrumentos concretos para iniciar el trabajo y el cambio de visión y de estrategias que se proponen parten de un principio claro: la humanización de la asistencia.

Como consecuencia de la buena acogida de la propuesta formativa, la media de participación por parte de los/as profesionales en la actualidad corresponde a 30 en cada edición y afecta al conjunto de centros públicos de este tipo en la comunidad autónoma andaluza. El trabajo desarrollado considera tres fases: a) de evaluación diagnóstica (los/as profesionales identifican problemáticas sociofamiliares vinculadas a los perfiles de personas mayores provenientes de situación de exclusión social que predominan en sus centros); b) explicativa-deconstructiva (los/as profesionales toman conciencia de las

historias de vida particulares de cada persona mayor, revisan de modo crítico las valoraciones e intervenciones desarrolladas hasta el momento), y c) de “construcción” (de acuerdo con los nuevos conceptos, procesos y herramientas, los/as participantes inician la construcción de “una nueva mirada” y una forma distinta de abordar la realidad social de cada persona mayor atendida en el centro y proveniente de situaciones de exclusión social).

Las fases anteriores se prolongan en el tiempo a lo largo de tres días intensivos en sesiones de mañana y tarde: para desarrollarlas, resulta imprescindible utilizar el denominado “juego de conceptos”, basado en la participación y el trabajo activo de los/as profesionales que, por una parte, a partir de una batería de preguntas lanzadas al grupo, permite identificar situaciones-problemas y perfiles asociados a estas (fase uno) y por otra, desarrolla retos de intervención y estrategias y técnicas por desarrollar a nivel de intervención (fase tres).

Cuadro 5. Casuística psicosocial. Perfiles: causas y consecuencias

<u>JUEGO DE CONCEPTOS</u>	
✓ Familias desestructuradas ✓ Ruptura de lazos familiares y personales ✓ Problemas de convivencia con su entorno ✓ Escasas relaciones sociales	Esquizofrenia Psicosis Manías
✓ Aislamiento social ✓ Discriminación Social	
✓ Baja o Falta de autoestima ✓ Inestabilidad emocional ✓ Falta de afecto ✓ Desconfianza	Depresión Cirrosis hepática Trastornos personalidad
✓ Introversión ✓ Dependencia emocional	Indigente Mendigo Vagabundo
✓ Depresión ✓ Problemas mentales	Maltrato físico y psíquico Sumisión Desvalorización personal

Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Cuadro 6. Exclusión social y personas mayores en el ámbito residencial: la Intervención



Fuente: elaboración propia a partir de Funes (1991, 1996 y 2001).

Gracias a lo expuesto en el cuadro 5, los/as profesionales aclaran inicialmente qué situaciones-problema y tipo de persona mayor son prioritarios a nivel de intervención con estas nuevas estrategias mientras que, a través del 6, los/as profesionales se acercan desde lo concreto al “cómo se puede intervenir” en cada caso. En cuanto a la fase dos, tiene como objetivo aprender intentando desaprender hábitos y conductas muy interiorizados normalmente en los/as profesionales sobre cómo se ha de intervenir. En lo que concierne al “juego de conceptos”, representa el hilo conductor que da sentido al trabajo y permite conectar las tres fases de desarrollo.

Tal como se expuso, la información contenida en los cuadros expuestos está interconectada, interrelacionada desde la complementariedad, de modo que forma parte de un todo en el que lo esencial es comprender que, ante nuevas realidades en cuanto a

perfiles de personas mayores en centros residenciales, caben otras formas de “mirar-ver”, “valorar-diagnosticar” e “intervenir-actuar” desde el punto de vista profesional.

Al finalizar la formación, los/as participantes completan unos cuestionarios de evaluación de los que se analiza objetivos, metodología y contenidos impartidos en las distintas sesiones: en sus evaluaciones particulares coinciden en que la radiografía inicial realizada colectivamente en la fase uno del trabajo les permite visualizar de manera gráfica la realidad que deben asumir como punto de partida como equipos profesionales de los centros.

Por otra parte, se destaca la novedad respecto de los conceptos de incorporación social, incorporación a mínimos, reducción del daño, la intervención en clave de acompañamiento, la figura del acompañante y los itinerarios personalizados de incorporación, así como el reconocer que trabajar desde la filosofía de la intervención exige que la dinámica de organización y funcionamiento de los centros sea más diversa, flexible y dinámica. En relación con la figura del acompañante, junto con los itinerarios personalizados de incorporación, se valora muy positivamente, dados los beneficios que podría acarrear al conjunto de los residentes en sus procesos particulares de incorporación y, como consecuencia de esto, al clima general de convivencia en el centro residencial; por ejemplo, quienes participaron manifiestan estar tomando conciencia de que otra forma de intervenir es posible, aunque el cambio de enfoque y perspectiva a la hora de analizar las problemáticas particulares de los/as residentes debe ser el primer paso para afrontar las intervenciones con mayores garantías de éxito.

Por último, en lo que respecta al grado de aplicabilidad de los planteamientos de intervención expuestos durante la formación, será mayor o menor en la medida que los/as profesionales se dispongan a “desaprender” planteamientos desfasados para “aprender” e introducir nuevos planteamientos de trabajo.

Conclusiones

En el caso de los centros residenciales para personas mayores en situación de exclusión social, se evidencia realidades complejas de abordar desde el punto de vista de la intervención social por su naturaleza, casuística, diversidad y por el medio donde todas estas confluyen, el centro residencial, ya que, por citar un ejemplo, no se interviene del mismo modo ante casos de personas que tienen problemas de adicción a determinadas drogas que ante el de quienes han vivido en la calle desde hace años. Sin embargo, todo este planteamiento de intervenciones particulares, específicas y personalizadas se complica cuando se trata de individuos que viven en centros residenciales, los cuales representan un espacio claramente delimitado desde el punto de vista físico, en el que un conjunto de personas debe convivir bajo una serie de normas que son necesarias y que, en principio, están planteadas en pro de la convivencia de todos/as, respecto de lo cual cabría preguntarse en qué circunstancias estas favorecen o dificultan el trabajo que los profesionales deben desarrollar en pro de la incorporación y el bienestar de todos/as y cada uno/a de los/as residentes (la flexibilidad en la aplicación de las normas quizás sea una buena recomendación).

Por otra parte, la complejidad social de los perfiles de personas mayores atendidas en este tipo de centros residenciales manifiesta la necesidad de priorizar el establecimiento de programas permanentes de formación y reciclaje para sus profesionales.

Hasta ahora, la parcelación de la realidad social y la hiperespecialización profesional por colectivos de atención (mujeres maltratadas, inmigrantes, drogodependientes, personas mayores, sin techo, enfermos mentales, etc.), permite conocer ciertas realidades, colectivos y formas de intervenir, mas implica el desconocimiento de otras razón la que, establecer fórmulas de colaboración y

cooperación entre profesionales que intervienen en diversos ámbitos de la exclusión social y los/as profesionales de los centros residenciales, sería una buena medida por adoptar.

En torno a lo anterior, acercar la realidad de la intervención en exclusión social a los/as profesionales de los centros residenciales para personas mayores permitiría aprovechar y poner en práctica en los centros, conceptos y estrategias de intervención muy desarrolladas en distintos ámbitos de la exclusión social que, además de mejorar la calidad de las intervenciones ante la diversidad de perfiles de personas mayores que hoy están en los centros, redundaría en una mejora en los niveles de incorporación de muchas de estas personas, en el clima general de convivencia en los centros y en el grado de satisfacción de los/as profesionales con su quehacer diario. Propuestas de formación como la detallada en este trabajo están siendo valoradas muy positivamente, así como calificada de “idóneas” por el conjunto de profesionales de este ámbito que vienen participando a lo largo de toda la comunidad autónoma andaluza, por tanto, su implantación permanente puede contribuir a que las intervenciones desarrolladas desde los centros residenciales sean en todo momento acordes y ajustadas a los perfiles de personas mayores que en cada momento han de ser atendidas.

Referencias

- Funes, J. (1991). *Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Funes, J. (1996). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas. Una revisión conceptual y metodológica pensando en la Atención Primaria. Drogodependencias*. Vitoria: Colección Debate. Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco.

Álvarez, R. Nuevas estrategias de intervención en centros residenciales para personas...

Funes, J. (2001). *El acompañamiento, un elemento clave en el proceso de incorporación social*. En III Jornada de serveis socials d'atenció primaria. *Estat de Benestar i exclusió social. Nous reptes professionals: Mites del tercer mil·leni*. 6 i 7 d'abril del 2000. Barcelona.

ORDEN de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía[BOJA]*, 14 de noviembre de 2007, núm. 224, pp. 18-33.

ORDEN de 11 de febrero de 2008, por la que se regula el procedimiento y requisitos para el ingreso en Centro Residencial de Personas Mayores en situación de exclusión social. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía[BOJA]*, 25 de febrero de 2008, núm. 39, pp. 13-28.

Valverde, J. (2002). *El diálogo terapéutico en exclusión social. Aspectos educativos y clínicos*. Madrid: Narcea.

Artículo recibido: 10 Diciembre, 2017

Artículo aprobado: 19 Diciembre, 2018